

Elage

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE LYON

Année 1965 - N° 683

TITRE DE LA THÈSE

A PROPOS DE 170 OBSERVATIONS
DE CIRRHOSES HÉPATIQUES PÉRITONÉOSCOPIÉES

(Travail effectué dans le service de gastro-entérologie,
Docteur B. MULLER, Centre Hospitalier de Saint-Etienne).

THÈSE

présentée

à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de LYON

et soutenue publiquement le 24 Juin 1965

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Tommy CHAD

Interne des Hôpitaux de Saint-Etienne

né le 15 Février 1938

à ALEP - Syrie



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553428_0003

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE LYON

Année 1965 - N° 683

TITRE DE LA THÈSE

A PROPOS DE 170 OBSERVATIONS
DE CIRRHOSES HÉPATIQUES PÉRITONÉOSCOPIÉES

(Travail effectué dans le service de gastro-entérologie,
Docteur B. MULLER, Centre Hospitalier de Saint-Etienne).

THÈSE

présentée

à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de LYON

et soutenue publiquement le 24 Juin 1965

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Tommy CHAD

Interne des Hôpitaux de Saint-Etienne

né le 15 Février 1938

à ALEP - Syrie



FACULTE MIXTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens Honoraires :

M. J. LEPINE - Membre de l' Institut
M. H. HERMANN - Correspondant de l' Institut

Doyen : M. J. F. CIER

Assesseurs : MM. M. LEVRAT
L. REVOL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN,
GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET, POLLOSSON .

PROFESSEURS

MM.

CIBERT	Clinique Urologique
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique biologique
DECHAUME	Clinique Neuro-psychiatrique et d'Hygiène mentale
CHAMBON	Chimie organique et toxicologie
WERTEIMER	Clinique chirurgicale P
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B
FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio-vasculaire
CROIZAT	Clinique médicale C
ENSELME	Chimie biologique et médicale
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A
REVOL	Pharmacie galénique
PIGEAUD	Clinique Obstétricale
BOURRET	Médecine du travail
LEVRAT	Clinique médicale A
SOHIER	Hygiène et action sanitaire et sociale
NETIEN	Botanique et cryptogamie
BERTRAND	Clinique chirurgicale C
BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
DREVON	Pharmacie chimique et pharmacologie
ROCHE	Médecine légale et déontologie
COUDERT	Parasitologie et pathologie exotique
MOUNIER-KUHN	Clinique d'Oto-rhino-larungologie et d'audio-pho- nologie

MM. PAUFIQUE	Clinique ophtalmologique
THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie
BRUN	Clinique de pneumo-phtisiologie
CREYSSSEL	Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique
DARGENT	Clinique carcinologique
GUICHARD	Anatomie pathologique
GIRARD Paul	Pathologie générale et expérimentale
IATARJET	Anatomie
PEYCELON	Pathologie chirurgicale
GIRARD Marcel	Clinique médicale D
VACHON	Pathologie médicale
GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires
PAPILLON	Radiologie
JEUNE	Clinique médicale infantile et Hygiène du 1er Age
GONIN	Thérapeutique
MONNET	Bactériologie
BANSSILLON	Physiologie et pathologie obstétricales
CHATONNET	Physiologie B
GUINET	Clinique endocrinologique
TRILLAT	Clinique de chirurgie orthopédique
FREIDEL	Clinique stomatologique
MARION Joseph	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles
DORCHE	Matière médicale et législation pharmaceutique
DUMONT Louis	Histologie et embryologie
FERROT	Chimie
CIER J.F.	Physiologie A
PERRIN J.	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire
MICHAUD Pierre	Clinique de chirurgie cardiaque
SARROUY Charles	Clinique médicale infantile
X.....	Clinique des maladies infectieuses
X.....	Biologie médicale et pharmacodynamie
X.....	Clinique gynécologique
X.....	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM. BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine
BERTOYE	Bactériologie
MANSUY	Neuro-chirurgie
COLLET	Chimie générale et pharmaceutique
LACROIX	Hygiène et climatologie
LIARAS	Clinique chirurgicale propédeutique
IECUIRE	Neuro-chirurgie
REVOL	Médecine générale
GOINARD	Thérapeutique chirurgicale
CIER André	Pharmacie chimique et Pharmacologie
PONT Maurice	Médecine générale
TRAEGER	Médecine générale

MM.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

ROMAN
FEROLDI
MORET
ODDOUX
de SOLLIERS
DESPIERRES
GARIN
TOLOT

Parasitologie
Anatomie pathologique
Physique biologique
Botanique et cryptogamie
Chimie analytique
Médecine générale
Parasitologie
Médecine du travail

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES TITULAIRES

MM.

GREYSSSEL Roger
THIVOLET
PINET
GUYOTAT
DESCOTES
JOUVET
PEYRIN
TOMMASI
BUFFARD
LEJEUNE
De MOURGUES F.
NAUSSAC
REBOUILLAT
ROMAGNY
DELAHAYE
DELEUZE
GIRAUD
MICHEL
FRANCOIS
MICHOUXER
COLOMB
LAMBERT
FRIES
GILLY
ROBERT
BOUCHET
BETHENOD
GERMAIN
KALB
LARBRE
SOUSTELLE
VIALA
VINCENT
GOLIN

Chimie biologique
Hygiène
Electro-radiologie
Neuro-psychiatrie
Chirurgie générale
Pathologie expérimentale
Physique biologique
Anatomie pathologique
Electro-radiologie
Médecine générale et thérapeutique
Stomatologie
Maladies infectieuses
Chirurgie générale
Pédiatrie
Médecine générale
Anesthésiologie
Electro-radiologie diagnostic et thérapeutique
Anesthésiologie
Pédiatrie et puériculture
Chirurgie générale
Dermatologie
Médecine générale
Médecine générale
Pédiatrie
Médecine générale
Anatomie
Pédiatrie
Immunologie, sérologie, hématologie
Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Chirurgie générale
Médecine générale
Bactériologie, parasitologie, virologie
Médecine légale

MAITRES DE CONFERENCE - AGREGES STAGIAIRES

MM. FAVRE-GILLY	Hématologie
GIROD	Histologie et embryologie
GRAS	Chimie biologique
MALLEIN	Chimie analytique
RIFFAT	Hygiène
FAUCON	Biologie médicale et pharmacodynamie
FLANDROIS	Physiologie
VIALLIER-RAYNARD	Bactériologie
ROLLET	Pharmacie galénique

AGREGES EN EXERCICE

MM. BONAMOUR	Ophtalmologie
DE MOURGUES Georges	Chirurgie générale
DEVIC	Médecine générale
DUMONT Martial	Obstétrique
DURAND	Urologie
FRANCILLON	Chirurgie générale
SAUBIER	Chirurgie générale
SCHOTT	Neuro-psychiatrie
ALLEGRE	Neuro-chirurgie
CHASSARD	Electro-radiologie
FAYSSE	Orthopédie
GAILLARD	Oto-rhino-laryngologie
GARDE	Médecine générale
HUGONNIER	Ophtalmologie
MARET	Chirurgie générale
MORNEX	Médecine générale
NORMAND	Médecine générale
PERRIN André	Médecine générale
DUMAS	Stomatologie
GARMIER	Obstétrique
NOEL	Médecine générale
SCHNEPP	Orthopédie

Examineurs de la Thèse :

Président: M. le Professeur LEVRAT

Assesseurs: MM. le Professeur VACHON

le Professeur agrégé BRETTE

le Professeur agrégé RIFFAT

A MON PERE

A MA MERE

En témoignage de ma grande affection pour elle. C'est grâce a ses sacrifices et à son dévouement que j'ai pu accomplir mes études scolaires et universitaires.

A MA FEMME

Avec toute ma tendresse.

A MA SOEUR, A MON FRERE

A MES ONCLES, A MES TANTES

A MON BEAU-FRERE

En témoignage de notre amitié.

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur LEVRAT

Il nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de notre jury.

Nous gardons un excellent souvenir de
notre stage dans son service.

Nous le remercions du chaleureux accueil
qu'il nous a réservé lors de notre premier
contact.

Qu'il trouve ici l'expression de notre
respectueuse admiration et de notre profond
respect.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

Monsieur le Professeur VACHON

Il a aimablement accepté de nous juger.
Nous l'en remercions et l'assurons de nos
sentiments respectueux.

Monsieur le Professeur agrégé BRETTE

Nous gardons de lui un excellent souvenir.
Nous le remercions respectueusement
d'avoir accepté de nous juger.

Monsieur le Professeur agrégé RIFFAT

Au cours d'un semestre d'Internat ,
nous avons pu apprécier la diversité de
son savoir, la grande clarté et la logique
de son enseignement, ainsi que son extrême
dynamisme et sa sympathie.

Nous le remercions d'avoir accepté de
nous juger et nous lui assurons nos meilleurs
sentiments.

A Monsieur le Docteur B. MULLER

Il a bien voulu inspirer et diriger
ce travail.

Nous le remercions très sincèrement
et nous gardons un excellent souvenir de
la courtoisie et la gentillesse qu'il nous
a réservé lors de notre semestre d'Internat
dans son service.

A Monsieur le Professeur Louis PAUFIQUE

Nous gardons d'excellents souvenirs de nos contacts avec lui. Nous lui sommes très reconnaissant du grand service qu'il nous a rendu. Nous espérons être digne de son talent et de sa science dans nos futures années de spécialisation dans son service. Qu'il trouve ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

A Monsieur le Docteur Léon ASMAR

Il nous a été, pendant nos études universitaires, un excellent conseiller et un grand ami.

Nous lui assurons nos sentiments les plus amicaux et nous espérons une collaboration très fructueuse dans l'avenir.

A TOUS MES AMIS

A MES AMIS DE L'INTERNAT DE SAINT-ETIENNE

A M. CHAMI , B. et C. DICK , A. TAMBOURGI , O. TENEKDJIAN , T. et N. TREF

A C. TASSANI

CHAPITRE I

INTRODUCTION

La péritonéoscopie, nouvelle venue dans les explorations systématiques des organes abdominaux, a pris depuis dix ans une importance considérable. Les premières tentatives ne sont pas très récentes puisque déjà, en 1910, JACOBÆUS l'avait utilisée pour la première fois chez l'homme, à Stockholm. La création simultanée du pneumopéritoine remonte aux travaux de DECHER de New-York en 1944. Le mérite de la vulgarisation en France de la péritonéoscopie revient à l'école de CAROLI avec FOURES et Mademoiselle RICORDEAU.

Ayant eu l'occasion de pratiquer un grand nombre de péritonéoscopies au cours de divers affections hépatiques et en particulier de gros foie ou de syndrome ascitique, nous voulons exposer dans ce travail les déductions que nous ont inspirées 170 observations de cirrhoses hépatiques, aux cours desquelles nous avons pratiqué une périthnéoscopie. Envisageant avant tout nos constatations personnelles nous limiterons la bibliographie de ce travail.

Nous voulons signaler que nous avons utilisé constamment pour nos examens l'appareil de Fourès, dont nous avons toujours été satisfaits, lui reprochant cependant une certaine fragilité au point de vue électrique, et surtout l'impossibilité de pouvoir pratiquer des ponctions biopsies directes avec cet appareil. Par contre, sa maniabilité, l'étendue de la vision qu'il permet, nous paraissent à signaler. Le petit diamètre, très modéré, de l'appareil, donnant la possibilité de pénétrer dans le péritoine avec une porte d'entrée véritablement minime, n'est pas non plus à négliger. Enfin, le péritonéoscope de Fourès présente un avantage très important : celui de pouvoir palper les organes observés et apprécier ainsi très facilement leur consistance. D'autres auteurs ont d'ailleurs déjà insisté sur l'intérêt de cette instrumentation.

C H A P I T R E I I

LES CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES LA PERITONEOSCOPIE A ETE PRATIQUEE

Il nous paraît indispensable de préciser l'allure des malades de notre statistique, en évoquant d'abord les circonstances qui nous ont amené à pratiquer l'examen. Nous tenons à souligner que dans l'immense majorité des cas, il s'agissait de lésions hépatiques d'origine alcoolique.

I - LES ATTEINTES HEPATIQUES CLINIQUEMENT NETTES MAIS D'ALLURE BIEN COMPENSEE.-

Nous aurions aimé diviser notre étude en deux parties:

- a) Les cirrhoses proprement dites se présentant comme un gros foie dur solitaire.
- b) Les hypertrophies hépatiques au stade de foie stéatosique.

Mais en fait, il nous a été impossible de différencier ces deux types d'atteintes hépatiques, étant donné que dans les observations, on ne faisait que nier ou affirmer la présence d'une hépatomégalie, sans parler toujours de la consistance du foie. D'autre part, il est bien certain que la plupart

des foies stéatosiques précirrhotiques que l'on peut être amené à cotoyer ne sont pas péritonéoscopés, soit parce que le malade ne se montre pas médicalement, soit parce que jouissant d'un excellent état de santé apparent, il refuse l'hospitalisation donc l'examen, soit enfin parce que le médecin estime la laparoscopie inutile. Ceci explique que nous n'avons qu'un nombre infime de stéatose pure qui ait été endoscopé enlevant toute valeur statistique à ce groupe.

Notre statistique nous a permis de relever les chiffres suivants d'observations entrant dans ce premier groupe:

HOMMES	: 53 / 120	Soit : 44,16 %
FEMMES	: 15 / 50	Soit : 30 %
TOTAL	: 68 / 170	Soit : 40 %

Comment se présentaient ces malades ?

Nous allons exposer d'abord les symptômes fonctionnels cliniques en les citant par ordre de fréquence.

L'asthénie était variable dans son importance, allant de la petite asthénie à la grande fatigue mettant les malades "à plat", comme ils le précisent souvent dans l'interrogatoire. Ce symptôme fonctionnel se retrouvait presque chez tous nos sujets.

L'anorexie est elle aussi très souvent retrouvée, elle est progressive. Précisons tout de suite que cet élément revêt une grande importance pour le pronostic. Si l'appétit ne revient pas sous l'influence du traitement le pronostic doit être réservé. Cette anorexie peut être globale (cas le plus fréquent) ou élective chez certains malades pour la viande seule.

L'amaigrissement est en partie, la conséquence de l'anorexie et d'autre part le résultat des perturbations du métabolisme protéique, si fréquent. Souvent l'amaigrissement n'est pas remarqué à cause de la petite décompensation hydropigène qui commence à s'installer : les petits oedèmes débutants masquent l'amaigrissement et la perte pondérale.

Les phénomènes dyspeptiques sont également fréquents. Ils sont plus ou moins marqués. Ils se présentent en général sous le type de la dyspepsie flatulante avec son gonflement épigastrique et abdominal post-prandial. Ces impressions de ~~digestions~~ plus ou moins longues, ces vagues pesanteurs épigastriques sont d'une extrême fréquence; on les retrouve chez 16 de nos 68 malades, soit 23,5 %. Ils peuvent s'associer plus rarement à des vomissements glaireux ou bilieux se produisant le plus souvent le matin à jeun.

Les troubles du transit intestinal sont également fréquents. Il est rare qu'il s'agisse d'une constipation importante. Par contre la diarrhée est très fréquemment relevée; on la trouve chez 13/68 de nos malades soit 19 % pouvant faire soupçonner chez certains d'entre eux, une affection intestinale proprement dite.

L'ictère est rare à ce stade car un ictère marqué caractérise ipso facto une décompensation. Un subictère des conjonctives est par contre souvent noté.

Les gastralgies présentées chez 13 % de nos malades complètent parfois les troubles dyspeptiques pouvant simuler un néoplasme gastrique. Les hépatalgies sont plus rarement relevées.

Plus fréquemment notés que ces derniers symptômes ap-

paraissent les signes d'atteinte concomittante du système nerveux à type d'insomnies, d'énervements, de tremblements, de cauchemars et de zoopsies existants chez 32,3 % de nos malades. Plus rarement on note des douleurs, des crampes, ou des paresthésies des membres inférieurs.

Un état sub fébrile peut être le premier symptôme fonctionnel attirant l'attention.

Enfin un teint anémique d'ailleurs souvent discret peut être la première constatation en date. L'anémie apparaîtra souvent d'une manière nette à l'hémogramme. Cette fréquence de l'anémie est depuis longtemps bien classique.

Tous ces troubles sont apparus en moyenne de un mois à un an avant l'hospitalisation. Le caractère souvent discret de ces signes et leur bonne tolérance dans beaucoup de cas font que le malade retarde souvent la consultation médicale. D'autres malades ont peur d'affronter la réalité ou prennent ces manifestations pour des troubles passagers ce qui fait qu'on ne les voit qu'au stade ultérieur de la décompensation.

Chez tous ces malades on trouve un signe essentiel presque toujours constant : la présence d'une hépatomégalie. Cette dernière est d'aspect très variable :

- Dans 20 % des cas il s'agissait d'un foie légèrement hypertrophié dépassant juste les fausses côtes ou non perçu.

- Dans 72 % on notait une hypertrophie plus importante dépassant de 2 à 4 travers de doigt les fausses côtes.

- Parfois enfin nous nous trouvions en face d'une hépatomégalie considérable de plus de 4 travers de doigt 8 %.

(A noter la rareté avec laquelle une splénomélagie a été remarquée).

Ces 68 malades eurent évidemment une étude biologique comprenant les examens fonctionnels hépatiques les plus souvent employés.

Le taux de prothrombine fut noté normal ($\geq 90\%$) dans 5 % des cas; diminué ($60\% \leq \text{T.P.} < 90\%$) dans 58 % des cas, enfin franchement abaissé au dessous de 60 % dans 37 % des cas.

L'hypoprotéïnémie totale est exceptionnelle dans cette catégorie, par contre l'inversion du rapport S/G (S : sérine, G : globuline) par diminution de la sérine et augmentation de la globuline est très fréquente.

Enfin le retard de l'élimination de la B.S.P. fut recherché dans 26 cas de cette catégorie de malades, et se révéla perturbé chez 20 d'entre eux soit 76,9 %.

Notons enfin que dans un certain nombre de cas nous avons découvert une sclérose hépatique importante alors que tous les tests s'avéraient pratiquement normaux.

II - LES CIRRHOSSES DECOUVERTES DE PERITONEOSCOPIE,

FAITE POUR SPLENOMEGALIE, TROUBLES VAGUES DIGESTIFS, OU POUR UN AUTRE TABLEAU SANS SIGNE A PRIORI EVIDENT DE SCLEROSE.

La statistique de cette étude nous a donné les chif-

fres suivants :

HOMMES	: 17 / 120	Soit : 14,16 %
FEMMES	: 6 / 50	Soit : 10 %
TOTAL	: 22 / 170	Soit : 13 % (Chiffre par excès.)

Citons un certain nombre de cas nous paraissant illustrer particulièrement ce chapitre:

Parmi les hommes nous relevons :

- Un homme ayant une chute de l'état général avec asthénie, anorexie, amaigrissement et insomnies. Par ailleurs tests de laboratoire légèrement perturbés.

- Un sujet ayant présenté trois ictères à répétition très probablement par hépatite. Foie à la limite de la perception. Quelques crises hépatalgiques. Par ailleurs bon état général.

- Malade présentant une scène d'ictères par rétention confirmée par la péritonéoscopie, qui a révélé en plus des aspects hépatiques mitotiques et cirrhotiques. Ce malade présentait quelques coliques hépatiques, un météorisme abdominal, un foie de cholostase, du prurit. Il était apyrétique.

- Un sujet présentant de l'amaigrissement, une anorexie, une hématomatose spontanée avec mollène, une petite ascite, le tout paraissant rattachable à une splénomégalie. Les clichés gastro-duodénaux et oesophagiens étaient négatifs à part la présence de discrètes varices oesophagiennes. La péritonéoscopie révéla une importante cirrhose hépatique atrophique.

- Un malade ne présentant pas d'hépatomégalie, mais un éthylisme important avec de l'amaigrissement, de l'asthénie, et de l'anorexie. Quelques troubles digestifs, hématemèse, et hématurie. La péritonéoscopie montra une sclérose hépatique avec lésion de cloutage.

- Cas d'un malade présentant une lithiaise biliaire. La péritonéoscopie faite pour bilan avant intervention, découvre une cirrhose hépatique.

- Cas d'un sujet hospitalisé pour troubles digestifs, gastralgies, vomissements, anorexie et amaigrissement. Les clichés gastro duodénaux étaient normaux.

- Une cirrhose hépatique atrophique découverte chez un homme mal nourri pendant la guerre, qui n'était pas éthylique (buvait moins de un litre de vin par jour) et hospitalisé pour troubles digestifs. Cirrhose par hypoprotéïnémie, ou troubles de nutrition ou mixte ?

Parmi les femmes nous relevons :

- Une cirrhose hépatique découverte chez une malade ayant un néoplasme gastrique chez qui on recherchait des métastases.

Chez une malade présentant une chute de l'état général avec amaigrissement et anorexie. Les radiographies digestives montraient une diverticulose sur le duodénum et sur le jéjunum; une niche de la petite courbure avec réaction d'antrite.

- Une femme présentant des troubles digestifs, des gastralgies, des douleurs de l'hypochondre droit avec diarrhée

rebelle. Pas d'hépatomégalie, ni œdème, ni ascite. A la péritonéoscopie on découvre une cirrhose hépatique.

- Une malade en mauvais état général présentant des troubles digestifs avec lithiase vésiculaire. La ponction biopsie qui avait confirmé le diagnostic de cirrhose fait à la péritonéoscopie a montré deux aspects :

a) aspect scléreux cirrhotique.

b) existence d'amas lymphocytaires (très importants) périportales avec leur niveau de nombreux néocanalicules biliaires; existence aussi d'une véritable nappe lymphoïde.

Dans ce cas là le diagnostic de cirrhose mésenchymateuse post-hépatitique était certain, le rôle de l'alcool ne semblant pas histologiquement démontré.

III - LES CIRRHOSES NETTEMENT DECOMPENSEES

Nous divisons nos malades en trois catégories :

A - Les formes de décompensation hémorragiques : avec ou sans œdème.

La statistique de cette étude nous a donné les chiffres suivants :

HOMMES	:	18 / 120
FEMMES	:	11 / 50
TOTAL	:	29 / 170 soit 17 %

Parmi ces 29 malades, non notait de l'œdème associé

chez I9 d'entre eux. Donc 65,5 % des décompensations hémorragiques, sont accompagnées en même temps d'une décompensation hydropigène.

Comment se présentaient ces hémorragies ?

a) Les hémorragies cutanées et muqueuses :

- soit hémorragie vasculaire isolée, epistaxis, telangiectasies, fragilité capillaire, ecchymoses etc...

- soit syndrome pseudohémophilique avec hématomes plus ou moins importants généralement sous cutanés et provoqués.

Valeur pronostique :

L'hémorragie vasculaire isolée n'a aucune importance. Quant au syndrome cutanéomuqueux diffus il a une valeur péjorative, car c'est un témoin d'une baisse notable de l'activité hépatique.

b) Les hémorragie digestives comprenant :

- Les saignements hémorroïdaires témoignant à priori d'une hypertension portale.

- Les hématomés et les moelénas. Le pronostic est réservé car certaines statistiques avaient montré une mortalité dans 40 % des cas dans la première semaine et dans 80 % des cas dans les huit mois qui suivent.

L'hémorragie est plus ou moins importante. Parfois c'est un mœléna peu important donnant des selles poisseuses et noires, source d'anémie chronique; d'autres fois c'est une hémorragie considérable dont le pronostic apparait à priori des plus

sévères.

On a fait naturellement chez tous ces malades un bilan radiologique digestif pour chercher une cause locale associée (varice oesophagienne, ulcère, néoplasme) mais la cause essentielle de ces hémorragies est constituée :

- d'une part, par des troubles de la coagulation avec
abaisssement du taux de la prothrombine
abaisssement du chiffre des plaquettes
(trhombopénie)
augmentation du temps de saignement et du
temps de coagulation.
Signe de fragilité capillaire (S. du lacet)
Plus rarement abaissement du taux du fi-
brinogène.

- d'autre part, par une hypertension portale à l'origine de bon nombre d'hémorragies digestives.

B - Les formes de décompensation hydropigène discrète:

La statistique de cette étude nou a donné les chiffres suivants :

HOMMES	:	15 / 120
FEMMES	:	9 / 50
TOTAL	:	24 / 170 soit 14,1 %

Chez ces malades on notait une légère lame d'ascite dans les flancs, demandant à être recherchée; chez d'autres, il existait un oedème des membres inférieurs surtout vespéral. Ces deux symptômes peuvent être séparés ou associés ensemble.

C - Les grandes cirrhoses hydropigènes :

La statistique de cette étude a donné les chiffres suivants :

HOMMES : 17 / 120

FEMMES : 10 / 50

TOTAL : 27 / 170 soit 15,9 %

Nous avons réuni ici les décompensations hydropigènes avancées sans signe hémorragique. Elles se caractérisent par une énorme ascite distendant tout l'abdomen avec quelquefois une circulation abdominale collatérale. Très fréquemment il existait d'importants oedèmes des membres inférieurs. Ces deux éléments n'étaient pas toujours forcément présents ensemble.

Dans quelques cas une poussée d'ictère ou de subictère existait en même temps que l'ascite et les oedèmes. Le subictère ou l'ictère léger annonce d'ailleurs souvent la décompensation hydropigène ou hémorragipare.

Ayant ainsi étudié les circonstances dans lesquelles la péritonéoscopie a été pratiquée, nous allons dresser un tableau récapitulatif. Ce tableau montre immédiatement la proportion beaucoup plus importante des formes étudiées à un stade décompensé chez la femme que chez l'homme.

T A B L E A U N°I

	HOMMES	FEMMES		TOTAL
Les atteintes hépatiques cliniquement nettes mais d'allure bien compensée	53/I20 44,16%	15/50 30 %		68/I70 40 %
Cirrhoses découvertes de péritonéoscopie faite pour splénomégalie, troubles vagues au cours d'une autre maladie ou pour un autre tableau....	17/I20 14,16%	5 /50 10 %		22/I70 13 % par excès
Cirrhoses nettement décompensées			TOTAL par décom- pensa- tion	
I-décompensation hémorragipare (avec ou sans œdème)	18/I20 15 %	11/50 22 %	29/I70 17 %	
2-décompensation hydropigène discrète.	15/I20 12,5 %	9 /50 18 %	24/I70 14,1 %	80/I70 47 % par défaut
3-grandes cirrhoses hydropigènes (sans signe hémorragipare).	17/I20 14,16%	10/50 20 %	27/I70 15,9 %	

CHAPITRE III

LES CONDITIONS ETIOLOGIQUES

I - LES CIRRHOSES ETHYLIQUES :

Ce paragraphe intéresse les cirrhoses d'étiologie uniquement éthylique sans autre facteur prédominant. La statistique nous a donné les chiffres suivants :

HOMMES : 110 / 120 soit 91,77 %
FEMMES : 45 / 50 soit 90 %
TOTAL : 155 / 170 soit 91,2 % (par excès)

Ces chiffres rejoignent l'immense majorité de ceux donnés dans les autres statistiques françaises. Ils confirment les données fournies par une autre thèse du service : celle du Docteur LAURENT (LYON 1958).

La nature du toxique était dans l'immense majorité le vin rouge, au second plan venait la bière, enfin loin derrière toutes les autres boissons alcoolisées : apéritifs, digestifs, liqueurs etc...

Quelle était la quantité nécessaire ? En principe

deux litres par jour durant quinze à vingt ans. Mais en fait la quantité du toxique et la durée de l'intoxication variaient beaucoup d'un malade à l'autre. Il y avait des cirrheses précoces et graves, d'autres tardives et bien compensées; plusieurs facteurs peuvent jouer et intervenir tels que :

- la nature du terrain

- le facteur alimentaire est très important : les gros mangeurs se défendent mieux que les petits mangeurs contre l'intoxication éthyle. Il s'agit d'ailleurs là d'un fait bien classique.

II - LES CIRRHESES NON ETHYLIQUES OU AYANT UN AUTRE

FACTEUR EN PLUS DE L'ETHYLISME : HEMOCHROMATOSE,

POST HEPATIQUE etc...

Notre étude statistique nous a donné les chiffres suivants :

HOMMES : 10 / 120 soit 8,33 %
FEMMES : 5 / 50 soit 10 %
TOTAL : 15 / 170 soit 8,80 % (par défaut.)

Sur quels terrains prenaient vie ces cirrheses ?

A - Chez les hommes :

Chez certains malades l'étiologie était inconnue ou pas précise ; tel fut le cas de deux de nos malades.

a) une cirrhose hépatique découverte chez un malade opéré d'un néoplasme du rein non métastatique.

b) une cirrhose hépatique atrophique découverte chez un homme chez lequel on notait dans les antécédents une malnutrition pendant la guerre. S'agissait-il d'une cirrhose non éthylique par trouble de malnutrition ? Ceci est possible, car "on peut réaliser des stéatoses hépatiques chez l'animal en utilisant des régimes déséquilibrés et carencés en protéines". On peut très bien penser à une stéatose par ce mécanisme chez ce malade qui par suite aurait donné naissance à une cirrhose hépatique. D'ailleurs des cas de cirrhose par dysprotéïnémies de connaissance récente existent.

Chez les autres on trouve :

a) deux cas d'hémochromatose avec cirrhose dont l'une était héréditaire.

b) un cas chez un malade qui avait une splénomégalie et qui avait été atteint auparavant d'une fièvre de Malte (douze ans plus tôt.)

c) deux cas de cirrroses post-hépatitiques.

d) trois cas de cirrhose cholostatique avec ictère par rétention l'un de nature lithiasique, les deux autres de nature néoplasique. Dans ces deux derniers cas d'ailleurs on peut discuter s'il ne s'agissait pas de cirrroses éthyliques antérieures au néoplasme. Le caractère modéré de l'absorption quotidienne ($\frac{3}{4}$ à 1 litre par jour) nous a incité à les classer ici.

B - Chez les femmes -

Un seul cas resta sans étiologie précise; ce fut celui d'une femme qui présentait des troubles digestifs, des gastralgies, des crises hépato-vésiculaires et des diarrhées rebelles. A l'examen on ne notait pas de foie perçu ni d'oedème, ni d'ascite. La péritonéoscopie découvrit la cirrhose.

Un second cas eut comme étiologie une lithiase cholédocienne ancienne opérée antérieurement. Donc on peut admettre ici une cirrhose par cholostase. La malade était hospitalisée pour ictère franc avec oedèmes et petite ascite. La péritonéoscopie découvrit une atrophie hépatique importante.

Les trois autres cas furent des cirrhoses post-hépatitiques.

a) Malade hospitalisée pour ictère franc avec ascite et oedèmes. Toutes les analyses biologiques y compris la B.S.P. plaidaient pour une hépatite chronique.

b) une malade de 68 ans qui présentait depuis une dizaine d'années des gastralgies irradiant à droite et à l'épau-
le gauche durant trois quarts d'heure toutes les après-midi. Quelques vomissements biliaires le matin et enfin des troubles du transit à type de diarrhée.

Elle présenta un épisode fébrile chronique à 38°5 disparaissant avec les antibiotiques et réapparaissant à leur arrêt en même temps qu'un amaigrissement, une anorexie, une petite ascite et une hépatosplénomégalie.

La péritonéoscopie révéla une hépatomégalie avec

miconodules et une coloration rouge framboise du foie.

La ponction biopsie montra un aspect de cirrhose post-hépatitique et confirma l'hépatite virale non ictérigène ancienne, ce qui correspondait bien à l'état de pyrexie au long court avec hépatosplénomégalie présentée par la malade.

c) Découverte d'une cirrhose hépatique chez une malade en mauvais état général avec troubles digestifs et lithiase vésiculaire. La ponction biopsie montra deux aspects :

"aspect scléreux cirrhotique".

"existence d'amas lymphocytaires (très importants) périportaux avec à leur niveau de nombreux néocanalicules biliaires. Le diagnostic de cirrhose mésenchymateuse post-hépatitique est certain, le rôle de l'alcool ne semblant pas histologiquement démontré."

En résumé les étiologies non éthyliques furent essentiellement :

- l'hémochromatose
- cirrhose cholestatique
- cirrhose post-hépatitique
- étiologie indéterminée (un cas peut être par troubles de nutrition.)

T A B L E A U N°2

Les conditions étiologiques	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Les cirrhoses éthyliques	110/120 91,77 %	45/50 90 %	155/170 91,20 %
Les cirrhoses non éthyliques ou ayant un autre facteur prédominant que l'éthylisme	10 /120 8,33 %	5 /50 10 %	15 /170 8,80 %

CHAPITRE IV

LES DIFFERENTS ASPECTS HEPATIQUES CONSTATES
AU COURS DE LA PERITONEOSCOPIE

I - LA CONSISTANCE DU FOIE :

Nous avons retrouvé la conception classique du foie induré dans les cirrhoses. Dans 72 % des cas, le foie avait une induration nette et franche. Dans les autres cas l'induration était modérée. Enfin chez cinq de nos malades le foie était encore au stade stéatosique sans induration notable. N'ayant pas pratiqué de ponction biopsie chez ces malades on peut évidemment nous rétorquer que la persistance du stade stéatosique prédominant n'était pas prouvée d'une façon formelle. Nous croyons cependant pouvoir affirmer cette prédominance de la stéatose sur la sclérose d'après les aspects macroscopiques suivants de la glande hépatique :

a) Foie augmenté de volume à consistance très peu indurée, la surface de la glande hépatique restant lisse sans image de ravinement ou de cloutage.

b) d'autre part, la coloration du foie présentait alors une nuance jaunâtre non retrouvée dans les scléroses bien constituées.

c) enfin il s'agissait toujours cliniquement de malades ayant un bon état général sans signe majeur de déficience hépatique.

Voici un exemple de foie stéatosique avec début de sclérose :

Mr. T.... Pierre 33 Ans - fut envoyé dans notre service le 21-12-63 par la consultation de neuro-psychiatrie pour étude hépatique en vue d'une éventuelle désintoxication. Le malade se plaignait d'anorexie et d'asthénie. Il avait été hospitalisé en neuro-psychiatrie pour deux crises comitiales qu'il venait de présenter.

A l'examen on notait un gros foie débordant d'un travers de main.

La péritonéoscopie montra "deux lobes hépatiques d'aspect identique, augmentés de volume, le bord antérieur un peu émoussé surtout à droite, la surface des deux lobes restant bien lisse... les deux lobes présentent une teinte rose-orangée avec reflets jaunâtres... on peut affirmer un foie fortement stéatosique mais la consistance étant augmentée on peut admettre qu'il existe déjà un début de sclérose".

Ce malade fut mis à un régime alimentaire, il arrêta de boire et se présente régulièrement à notre consultation avec un excellent état général; (la dernière consultation date du 2-2-65)

II - LES DIMENSIONS DE LA GLANDE HEPATIQUE CONSTITUENT UN DES ELEMENTS IMPORTANTS QU'IL CONVIENT DE PRECISER AU COURS DE L'EXAMEN :

Le foie était le plus souvent augmenté de volume. Quelquefois il s'agissait d'un foie atrophique, rétracté, que le bout du péritonéoscope arrivait tout juste à palper, bien que la porte d'entrée de l'appareil fut située dans la région sus ombilicale.

Par ailleurs nous avons observé un certain nombre de foies dont la taille paraissait à peu près normale. Ceci s'expliquerait soit par le fait que la glande n'était pas encore hypertrophiée, soit que le foie après un stade d'hypertrophie, était entraîné de passer à un stade d'atrophie, donnant l'impression d'être de taille normale.

Notons enfin tout particulièrement la fréquence avec laquelle nous avons trouvé une dyssymétrie entre les deux lobes :

- soit un lobe de taille normale, et un lobe atrophique
- soit un lobe de taille normale et un lobe hypertrophique
- soit même un lobe atrophique alors que l'autre était hypertrophique.

Nous allons donner quelques exemples :

Mme F..... Marie - 43 ans entre dans notre service avec une ascite d'une importance moyenne.

La péritonéoscopie montra " un lobe gauche hypertrophié très dur à la palpation. On ne peut voir que la face antérieure qui est profondément remaniée de couleur à la fois rose et rouge congestive; elle apparaît littéralement verruqueuse recouverte d'une véritable efflorescence de petits kystes dont

certaines atteignent la taille d'un petit pois.

Le lobe droit plutôt atrophique est encore plus kystique, plus verruqueux et plus irrégulier que le lobe gauche.

Mr. G..... Jean-Marie - 58 ans entre dans notre service pour amaigrissement, asthénie, et anorexie. La péritonéoscopie faite après la constatation d'un gros foie montra " un lobe gauche hypertrophié, congestif, recouvert de périhépatite, dur à la palpation. Le lobe droit est atrophique, rose pâle, très dur à la palpation, d'aspect micronodulaire."

Mr. M..... Roger - 41 ans - entre dans notre service pour anorexie, dyspepsie, cauchemars et désorientation. A l'examen on trouve un foie dépassant d'un travers de main, une ascite importante, et des oedèmes aux membres inférieurs. La péritonéoscopie montra " un lobe droit gigantesque, très dur à la palpation, refoulant la vésicule sur la ligne médiane, donnant l'impression d'être verruqueux par endroits avec certains points mamelonnés. Le lobe gauche a été très peu visible ce qui fait penser qu'il n'est pas volumineux."

L'étude statistique de nos différentes observations nous a donné les chiffres suivants quant à la taille du foie.

Sur 170 observations nous avons :

- a) 60 cas de foies augmentés de volume soit 35,3 %
- b) 40 cas de dyssymétrie de taille entre les deux lobes soit 23,5 %
- c) 30 cas de foies de taille à peu près normale soit 17,6 %
- d) 30 cas de foies de petite taille ou même franchement atrophiques de type "foie galette" soit 17,6 %.

Nous entendons sous le terme imagé de "foie galette" les cas où l'endoscopie nous a permis de trouver une glande hépatique très atrophique dans son ensemble, aussi bien sur le lobe droit que sur le lobe gauche, de dimensions diminuées non seulement en largeur et en hauteur, mais également en épaisseur. Si cliniquement il est possible de juger sur la diminution de la hauteur ou de la largeur du foie, il est pratiquement impossible de pouvoir juger sur son épaisseur exacte ce qui est par contre bien visible à la péritonéoscopie.

e) 10 cas de très gros foies soit 6 %.

Sous le terme de très gros foies nous entendons évidemment des observations où le foie descendait très bas jusqu'en dessous de la ligne ombilicale pouvant faire discuter l'éventualité d'un néoplasme. De telles hypertrophies étaient évidemment déjà perçues cliniquement.

III - LA COULEUR DE LA GLANDE HEPATIQUE :

Elle est également intéressante à relever. Notons d'ailleurs que sur nos 170 observations nous n'avons retrouvé que 110 cas où la couleur a été notée d'une façon suffisamment explicite pour être utilisable. Parmi ces 110 observations nous avons noté une coloration rose nettement plus claire que la couleur normale chez 77 malades soit 70 %. Cette coloration correspond donc à la teinte de loin la plus fréquemment retrouvée au cours des endoscopies pour foie cirrhotique.

Dans 12 observations (soit presque 11 % des cas) la coloration était rose à reflets jaunâtres. Il devait donc persister un élément stéatosique associé à la sclérose. Nous rapprocherons de ces 12 cas, 8 autres chez qui la coloration fut décrite

comme rouge orangée traduisant probablement l'existence d'un facteur congestif vasculaire surajouté à la sclérose et à une éventuelle stéatose.

Nous avons trouvé 7 cas, chez lesquels la coloration du foie était franchement brune, accompagnant des irrégularités nettes de la surface, permettant d'affirmer la sclérose hépatique. Cette coloration évoquait immédiatement l'existence d'une hémochromatose qui fut parfaitement confirmée dans 6 cas par les tests biologiques, tout spécialement l'élévation du fer sérique. Citons quelques-uns de ces cas pour illustrer ce dernier aspect.

Mr. R.... Louis - 52 ans - fut adressé dans notre service pour hépatomégalie, avec à la ponction biopsie du foie une surcharge ferrique du parenchyme hépatique. La péritonéoscopie confirma l'hémochromatose déjà connue en montrant "un lobe gauche typiquement scléreux, très augmenté de volume et très dur à la palpation à bord antérieur mince avec un cloutage très net. Le point particulier est constitué par la présence de 3 ou 4 adénomes nettement visibles sur la face antérieure. Autre point particulier la couleur du foie qui est "Cuir de Cordou". Le lobe droit a le même aspect que le gauche. Cet ensemble vient confirmer le diagnostic de cirrhose pigmentaire."

Mr. M..... François - 51 ans - chez ce malade ce fut la péritonéoscopie qui découvrit la cirrhose pigmentaire et la ponction biopsie qui la confirma.

En effet, la péritonéoscopie montra que "le lobe gauche du foie avait un aspect typique de Laënnec avec cloutage caractéristique et dureté importante à la palpation. La coloration n'est pas habituelle pour un Laënnec et au lieu d'être rose

Le foie est brun. Le lobe droit est vu sur une étendue moins grande car sa partie externe plonge dans l'ascite. Aspect identique au lobe gauche au point de vue cloutage, couleur, et dureté".

Une pontion biopsie fut faite et l'examen histologique répondit : "La coloration de Perls montre l'existence d'une rétention ferrique extrêmement importante, existant dans le tissu hépatique lui-même, mais à peu près absente dans le tissu scléreux. Enfin le fer sérique était à 1988 pour cent c.c. de sérum.

Mr. J..... Noël - 55 ans - Chez ce malade les symptômes cliniques étaient bien nets, son médecin avait diagnostiqué l'hémochromatose et la péritonéoscopie la confirma. Cette dernière montra "un lobe gauche du foie énorme, à bord antérieur émoussé, dur à la palpation et très nettement scléreux. La coloration est brun foncé. Sur la face antérieure on trouve une cinquantaine de formations en "grains de riz" enchassées dans le parenchyme. Il ne peut s'agir que d'adénomes à un stade bénin. Le lobe droit a un aspect lui aussi massif et la même coloration brune à peu près homogène sauf les adénomes qui y sont en nombre beaucoup . moins important.

Nous tenons à signaler que toutes les cirrhoses par hémochromatose ne s'accompagnent pas forcément de foie de coloration brune. Chez deux ou trois malades (ne faisant pas partie de notre statistique présente) nous avons observé des foies de couleur rose claire alors que l'aspect clinique était celui de l'hémochromatose et que le fer sérique présentait un taux supérieur à la normale.

Chez six de nos malades nous avons relevé une coloration verte du foie, soit que cette coloration fut homogène intéressant tout l'ensemble de la glande hépatique, soit qu'elle se présentât sous forme de petites taches vertes, sur un fond de couleur rose, donnant l'aspect que nous qualifions de "foie persillé". Toutes ces observations caractérisaient en fait, l'existence d'un ictère par rétention, survenant chez un malade présentant par ailleurs, une cirrhose hépatique. Pour illustrer ce paragraphe, nous allons citer deux exemples :

Mr. P.... Pierre - 73 ans - indemne de tout antécédent digestif, entre dans notre service pour ictère installé après une scène douloureuse épigastrique. La péritonéoscopie montra "un lobe gauche dur avec une surface ravinée à bord antérieur mince, le tout évoquant un certain degré de sclérose. Il existe une légère périhépatite qui gêne un peu pour apprécier la couleur du lobe. Cette dernière varie : rose en certains endroits, gris verdâtre en d'autres. Le lobe droit apparaît turgescent, sa palpation est nettement dure, lui aussi est raviné. Sa couleur plus homogène que celle du lobe gauche, apparaît franchement et uniformément verdâtre. Il n'a pas été possible de voir la vésicule qui paraissait cachée par un magma épiploïque. En conclusion ictère par rétention survenant sur un foie cirrhotique de façon modérée. Ce malade fut opéré; le compte-rendu du chirurgien rapportait que "la vésicule est tendue, d'allure très inflammatoire, très adhérente à l'épiploon, à l'estomac, au duodénum et à l'angle droit. Le foie est d'aspect cirrhotique sans métastase apparente... induration du cystique et de toute la voie biliaire principale qui paraît rétractée sous le hile avec caractère néoplasique plus que lithiasique. Existence d'un gros ganglion au niveau du hile. Après injection de lipiodol dans la vésicule pour contrôle radiologique, la radio montra une vésicule tendue sans aucun passage dans la voie

biliaire principale. Prélèvement du ganglion pour examen microscopique ainsi qu'un fragment de la paroi vésiculaire. L'examen microscopique répond "les ganglions du pédicule hépatique ainsi que la paroi vésiculaire sont, les premiers massivement envahis et détruits, la seconde infiltrée par un épithélioma entièrement anaplasique... il est permis de penser qu'il s'agit d'un épithélioma excréto-biliaire."

Mr. P..... Eugène - 56 ans - atteint d'un cancer pulmonaire est adressé chez nous par le service de pneumo-phthisiologie pour ictère généralisé installé sans aucun passé pathologique digestif notable. Ethylisme certain à 2-3 litres de vin par jour. La péritonéoscopie montra "un lobe gauche volumineux très induré, sans aucune lésion néoplasique, à forme générale conservée et au bord antérieur restant mince. La coloration restant brune assez foncée, parsemée d'une part de petites taches blanchâtres de périhépatite, en particulier au niveau des sillons; d'autre part, de taches vert-foncé donnant l'aspect d'un "foie persillé", ce qui évoque immédiatement une rétention biliaire. Le lobe droit est absolument identique au gauche. Il existe une très grosse vésicule biliaire dépassant le lobe droit de 4 à 5 cm. Cette vésicule est tendue, mais non dure, de couleur normale. En conclusion il semble logique d'admettre une compression par métastase ganglionnaire le long du pédicule hépatique ou de la région pancréatique, bien qu'il n'y ait aucune métastase visible."

Ce malade n'a pas été opéré vu son néoplasme pulmonaire, toute intervention d'un côté ou d'un autre paraissant illogique.

IV - ASPECTS DE LA SURFACE DU FOIE (Couleur exceptée)

Les foies cirrhotiques sont évidemment scléreux. Cette sclérose, qui intéresse l'ensemble de la glande, peut d'ailleurs être d'une intensité variable d'un lobe à l'autre. Elle modifie plus ou moins profondément l'aspect de la surface du foie qui perd son caractère bien lisse existant dans le foie normal. Ces irrégularités de surface sont plus ou moins importantes, elles sont notées dans l'ensemble de toutes nos observations; mais en relevant les compte-rendus, nous avons vu que leur importance n'a été suffisamment précisée pour en faire état que chez 127 de nos malades.

Chez 29 de ces malades, soit 23,62 %, nous avons relevé un ravinement discret, formé de sillons peu profonds, avec début de cloutage.

Chez 75 de ces malades, soit 59 %, donc dans la grande majorité des cas, il existait un cloutage bien marqué ayant tout à fait l'aspect du cloutage de Laënnec.

Chez 15 de ces malades, soit 11,8 %, nous sommes tombés sur des foies présentant un cloutage extrêmement intense, les éléments saillants étant séparés les uns des autres par de profonds sillons burinant littéralement le parenchyme. Certains de ces sillons particulièrement dessinés arrivaient presque à séparer certaines portions d'un lobe, du reste de la glande. Chez ces 15 malades, le burinage était tel que la forme générale de l'organe avait pratiquement disparue pouvant rendre impossible l'individualisation du bord antérieur des faces antérieures de la glande. Une telle disposition a été rencontrée souvent mais non toujours sur des foies nettement atrophiques.

Une fois nous avons eu l'occasion de rencontrer un aspect se rapprochant du "foie patate" décrit par les Allemands.

Chez 7 de nos sujets, la surface de la glande était restée lisse. Chez 5 d'entre eux, que nous avons déjà notés comme devant présenter une stéatose prédominante, la consistance était fort peu augmentée. Chez les deux derniers, au contraire, il existait malgré une surface relativement lisse, une augmentation nette de la consistance du parenchyme, évoquant immédiatement, en l'absence de néoplasme, l'idée de sclérose.

Pour terminer ce chapitre, nous tenons à souligner que là aussi nous avons relevé l'existence d'une dyssymétrie possible, entre l'atteinte des deux lobes, notion que nous avons déjà noté au paragraphe concernant les dimensions du foie. Une telle constatation avait déjà été signalée antérieurement au cours de certaines autopsies: mais en réalité elle apparaît beaucoup plus fréquente à la lueur des constatations péritonéoscopiques, cet examen permettant évidemment d'étudier en détail l'aspect macroscopique du foie au cours des cirrhoses hépatiques beaucoup moins avancées que celles vues à l'autopsie. Nous avons noté une disproportion entre l'atteinte des deux lobes au point de vue intensité du cloutage, chez 23,5 % de nos malades. Plusieurs d'entre eux présentaient un ravinement relativement modéré d'un lobe alors que le second présentait un cloutage très prononcé. En règle générale d'ailleurs, c'est le lobe droit dans la majorité de ces cas, qui nous a paru le plus atteint. Il faut signaler d'ailleurs que nous n'avons jamais eu l'occasion de rencontrer le cas extrême suivant "existence d'un lobe normal ou presque normal et d'un second lobe scléreux fortement clouté ou buriné."

Nous allons citer quelques exemples de ces différentes atteintes de la surface du foie.

Exemple d'un malade présentant un cloutage net :

Mr. P..... Louis - 52 ans - entre dans notre service pour hépatomégalie et surcharge ferrique du parenchyme hépatique constatée à l'occasion d'une ponction biopsie du foie. La péritonéoscopie montra "un lobe gauche typiquement scléreux avec cloutage des plus marqué. Il est très augmenté de volume et très dur à la palpation. Le point particulier est la couleur du foie" cuir de Cordou". Celà vient confirmer le diagnostic de cirrhose pigmentaire. Le lobe droit dont on n'en voit que la partie externe est, identique au lobe gauche avec le même aspect de cirrhose pigmentaire."

Exemple d'un cloutage extrême avec burinage. :

Mr. T..... Claudius - 56 ans - entre dans notre service pour ascite et oedèmes des membres inférieurs. La péritonéoscopie montra "un lobe gauche de taille à peu près normale. Par contre l'épaisseur est diminuée réalisant le type de "foie galette". Enorme cirrhose avec cloutage très important formé de nodules de taille moyenne, de coloration rose grisâtre. La consistance est très dure. Le lobe droit est encore plus atrophique; on en voit une portion minime plongeant dans un lac d'ascite. Il est impossible de le palper, car il reste à distance de l'extrémité du péritonéoscope.

Exemple d'un foie se rapprochant du "foie patate" :

Mme C.... Ginette - née en 1929 - entre dans le service pour anorexie, asthénie, oedèmes des membres inférieurs, une

petite ascite et un léger subictère. L'examen montre une hépatomégalie de trois travers de doigt, une splénomégalie à la limite, des tests hépatiques perturbés et une inversion du rapport sérine sur globuline. La péritonéoscopie montra "un lobe gauche atrophique, la couleur est rose blanchâtre liée à la périhépatite très importante par endroit. La surface du lobe est verruqueuse; certaines verrues sont blanchâtres faisant discuter une tuberculose surajoutée. Le lobe droit est encore plus atteint, il est dur, hypernodulaire, faisant discuter un "foie patate".

Exemple de foie lisse ou à peine raviné :

Mr. R..... Benoit - 57 ans - entre dans notre service pour hépatomégalie, asthénie, et anorexie. Son examen est négatif à part une anémie à 3.500.000 G.R. et un gros foie dépassant de quatre travers de doigt.

La péritonéoscopie montra "un lobe gauche massif, partout identique, de coloration claire et de consistance dure. La surface est à peu près lisse avec une vague ébauche de cloutage. Le lobe droit, caché par les épiploons n'a pas pu être vu".

Mr. P..... Marcel - 33 ans - entre dans notre service pour anorexie, asthénie, dyspepsie et diarrhée.

L'examen clinique est négatif, à part un foie dépassant de trois travers de doigt. La péritonéoscopie montra "un lobe gauche légèrement augmenté de volume, de couleur rose avec certains reflets orangés. Sa surface apparaît un peu irrégulière et ravinée, sa consistance est indiscutablement augmentée. Le lobe droit se présente par sa face inférieure, l'aspect de cette face est voisin de la face antérieure du lobe gauche mais en plus lisse, la couleur est là aussi rose, avec des tonalités orangées traduisant la persistance d'une stéatose importante.

V - NOUS TERMINERONS CE CHAPITRE DESCRIPTIF DE L'ASPECT DU FOIE EN RELEVANT QUELQUES ASPECTS PARTICULIERS NOUS PARAISSANT AVOIR UN INTERET AU POINT DE VUE PRATIQUE :

a) les plages de périhépatite :

Elles se caractérisent par des zones blanchâtres, plus ou moins étendues, étalées, à la surface de la glande et qui apparaissent à un observateur exercé comme ne pénétrant pas dans le parenchyme et restant seulement en surface. Les plages de périhépatites ne sont d'ailleurs pas entourées, à leur limite, par une zone congestive.

Ces formations n'ont été notées que rarement. En effet, elles étaient absentes chez 130 de nos malades. Dans 20 cas, soit 11,76 % la périhépatite se cantonnait au fond des sillons de sclérose où elle dessinait des trainées blanchâtres. Dans 20 autres cas il s'agissait de plages beaucoup plus étendues, débordant en dehors des sillons. Notons d'ailleurs en passant que cette périhépatite présente en fait une importance secondaire.

b) les nodules de régénération :

Ils nous apparaissent d'une importance capitale au point de vue pronostic. Sous ce terme nous entendons des nodules de taille variable, pouvant atteindre celle d'une prune, et dont la surface lisse de couleur rougeâtre rappelle l'aspect du foie normal, d'une part, et tranche sur la coloration et le cloutage serré du reste du parenchyme, d'autre part. Ceci est une constatation rare puisque nous ne l'avons retenue d'une façon formelle que dans les deux observations que nous résumons ci-dessous, la première d'entre elles nous paraissant particulièrement démonstrative.

Mme V..... Lorette - née en 1895 - fut hospitalisée dans notre service en 1954 pour gros foie dur éthylique. Une ponction biopsie du foie faite le 15-7-1954 montrait "un tissu hépatique très modifié. La cellule hépatique normale n'existe à peu près plus; par place elle subit une stéatose importante, mais partout le tissu noble est comprimé, écrasé par la sclérose" En 1958 seconde hospitalisation pour épisode infectieux. On lui découvre lors de son séjour un diabète et on lui fait un bilan hépatique, entre autre une péritonéoscopie qui montra "un foie augmenté de volume, de couleur rosée, dur au contact avec une surface irrégulière et ravinée. Cependant la surface est parsemée de gros nodules rougeâtres, beaucoup plus volumineux qu'un éclutage et qui paraissent être des nodules de régénération..." Une ponction biopsie pratiquée montra "un tissu hépatique qui paraît différent par rapport au prélèvement de 1954. Les signes de stéatose ont presque disparus. La sclérose subsiste encore, mais elle est moins jeune et moins active que celle du prélèvement précédent et l'on trouve de vastes zones de tissu hépatique normal" ce qui correspondrait bien à ce que l'on avait vu à la péritonéoscopie et spécialement aux nodules de régénération. Le laboratoire plaidait lui aussi dans ce sens; en effet, les tests hépatiques et le taux de prothrombine très perturbés en 1954 l'étaient beaucoup moins en 1958, étant alors presque normaux.

Depuis, cette malade se présente toutes les années avec un état général satisfaisant (dernière consultation le 30 Mars 1965). Cette observation nous paraît particulièrement intéressante, car en 1954 lors de la ponction biopsie pratiquée par voie intercostale, l'aspect histologique du foie révélait une sclérose considérable avec disparition complète des cellules hépatiques normales, ce qui devait logiquement porter un très mauvais pronostic. Ce pronostic fut infirmé par l'évolution; les constatations de 1958 expliquant bien le caractère favorable

et inespéré de cette dernière.

Mme F.... Marie - née en 1901 - entre dans notre service en janvier 1959 pour cirrhose éthylique avec ascite, oedèmes aux membres inférieurs, dyspnée. Une fois que les oedèmes et l'ascite ont disparu (non sans difficulté) nous avons pratiqué une péritonéoscopie qui avait montré "un foie de couleur rouge, un peu plus clair que normalement avec une surface irrégulière d'allure cloutée. Certains nodules apparaissent plus volumineux et plus arrondis que ce que l'on voit habituellement ce qui joint à la couleur nettement rouge (se rapprochant de la couleur habituelle du foie) fait penser à l'existence de nodules de régénération... "La malade s'est très bien portée par la suite avec une bonne stabilisation, qui s'expliquerait par l'existence de ces nodules de régénération, jusqu'en août 1963 où elle rechuta en présentant de l'oedème et de l'ascite. La cause de cette rechute fut facile à établir : la malade avouant la reprise de l'habitude éthylique depuis six mois.

Dans 7 autres cas, nous avons émis l'hypothèse, qu'il pouvait exister des nodules de régénération devant des aspects se rapprochant plus ou moins de ceux notés chez les deux malades précédentes, mais en fait nous n'avons osé conclure d'une façon certaine, les formations relevées n'étant pas assez caractéristiques.

c) Les remaniements épithéliaux :

Beaucoup plus souvent il nous a été donné de rencontrer de petites formations, saillantes, à la surface du parenchyme hépatique, dans lequel elles s'enchaient très nettement car elles y pénètrent en profondeur, ceci les distingue indiscutablement des plages de périhépatite. Ces aspects, sur lesquels l'attention de l'observateur fut attirée, de plus en plus en prenant de l'ex-

périence, ne furent étudiés que dans 110 cas de nos observations, les autres observations ne signalant pas l'existence ou l'absence de ces aspects. Ces derniers nous paraissent revêtir trois types principaux :

1 - Les formations kystiques -

Chez 7 malades existait un nombre plus ou moins important de petites formations arrondies de couleur gris bleuté, saillantes à la surface des lobes hépatiques. Leur aspect rappelle immédiatement de petites formations kystiques du fait de leur couleur et de leur forme. Leur taille apparente ne dépassa jamais celle d'un petit pois.

2 - Les formations adénomateuses -

Chez 22 malades, soit 10 % existaient des formations arrondies de couleur blanche, enchassées dans le parenchyme. Ces formations, parfois cernées de zones légèrement congestives, variaient de la taille d'une lentille à celle d'un petit pois. (Notons ici en passant que ces formations sont de taille nettement supérieure à celle rencontrée lors d'atteinte ruberculeuse du foie). Le nombre de ces formations variait beaucoup : parfois trois ou quatre formations au total, parfois en nombre beaucoup plus important atteignant les deux lobes et arrivant presque à truffer ces derniers.

Nous considérons qu'il s'agit de petites formations adénomateuses à un stade certainement encore bénin, étant donné leur petite taille et le fait que l'évolution ultérieure ne fut pas particulièrement péjorative. Bien que nous n'ayons jamais pratiqué de ponction biopsie sur ces formations nous croyons logique de les considérer comme de petites formations adénomateu-

ses semblables à celles signalées souvent dans les cléroses inflammatoires et sur l'existence desquelles la thèse de Monsieur PLAUCHU avait attiré l'attention, quelque soit l'organe atteint.

3 - Les formations verruqueuses :

Dans sept autres cas nous avons observé de véritables aspects verruqueux, faisant vraiment saillie à la surface du foie et que nous considérons comme une variante de l'aspect précédent.

Notons en passant que les kystes et adénomes peuvent se rencontrer ensemble chez les mêmes malades cadrant ainsi avec la question des remaniements épithéliaux au cours des scléroses. Il est possible que ces adénomes soient à l'origine ultérieurement de l'évolution d'un cancer hépatique sur cirrhose, car il est logique de penser que de telles formations soient susceptibles de faciliter l'éclosion d'un néoplasme. Pour l'instant nous n'en avons aucune preuve et seule une observation plus prolongée de nos malades permettra de répondre d'une façon précise à cette question.

Dans toute notre statistique, nous n'avons pas relevé de cas de cancer primitif du foie, développé sur une sclérose hépatique. Une observation dont nous n'avons pas pu retrouver le compte rendu avait été antérieurement observée dans le service : il s'agissait d'un cancer primitif du foie développé sur le lobe gauche d'un foie entièrement cirrhotique. L'éthylisme du malade était certain. Il semble logique d'insister sur la rareté d'une telle éventualité.

4 - Les lésions tuberculeuses :

Elles nous ont paru exceptionnelles. Nous retenons

une seule observation, de granulations tuberculeuses de la surface du foie, bien que la preuve bactériologique n'ait pas pu être apportée. L'origine tuberculeuse nous paraît devoir être fondée, d'une part, sur l'aspect des lésions endoscopiques présentées, d'autre part, sur l'existence d'un épanchement pleural, enfin, sur la présence d'une pyrexie importante ayant résisté à l'Hexacycline, mais ayant lâché facilement sous l'influence du traitement antituberculeux avec transformation de l'état général. Voici un résumé de cette observation :

Mr. N.... Louis - 48 ans - entre dans le service parce qu'il présentait depuis un mois de l'asthénie, de l'anorexie, et un peu d'ascite. Les cinq derniers jours avant son hospitalisation, apparition d'un subictère avec état fébrile net à 38°5. A l'examen on lui découvre en plus un point congestif pulmonaire avec épanchement pleural. Le liquide pleural était Rivalta +, mais sans mise en évidence de B.K. La péritonéoscopie montra "un lobe gauche de volume et de forme normaux, de consistance augmentée, typiquement scléreux avec ravinement et cloutage nets. Le point particulier est la présence de multiples tâches blanchâtres en "grain de mil" et qui évoquent de façon formelle en raison de leur nombre des granulations tuberculeuses. Le lobe droit présente un aspect de cloutage identique au lobe gauche; par contre on n'a pas vu de granulations tuberculeuses importantes à ce niveau. En résumé sclérose hépatique nette avec granulations tuberculeuses sur le lobe gauche."

A l'entrée du malade, il avait été institué un traitement à l'Hexacycline, mais devant l'échec de cette dernière vis à vis de la température on l'a remplacée par le Rimifon, à la dose de 3 comprimés par jour. La température de fébrile est devenue tantôt normale, tantôt subfébrile. Après les constatations de la péritonéoscopie fut ajoutée de la Streptomycine :

la température s'est normalisée en une semaine.

Le malade était resté 3 mois dans notre service avec un traitement pour sa cirrhose hépatique et un traitement antituberculeux. Il nous a quitté dans un état aussi satisfaisant que possible. Depuis ~~21~~ mois il s'est présenté à trois reprises à notre consultation avec un bon état général et une stabilisation de l'état hépatique et pulmonaire.

CHAPITRE V

LES ASPECTS DES AUTRES ORGANES EXPLORABLES

I - LA VESICULE BILIAIRE :

La vésicule biliaire était invisible chez 95 de nos malades, soit 56 % (chiffre par excès). Cette invisibilité peut s'expliquer de trois manières :

- soit à cause de l'hypertrophie hépatique qui la cachait (il s'agit là indiscutablement de la cause la plus fréquente.)

- soit parce que la vésicule était de très petite taille, éventuellement sclérosée ou masquée par des brides.

- soit enfin, chez certains malades très gras, la présence d'epiploons très turgescents et graisseux est capable de masquer la vésicule.

Chez 35 malades soit 20 % des cas (par excès) la vésicule bien visible, paraissait de taille normale, dépassant à peine le bord hépatique.

Chez nos 40 derniers malades, le cholécyste bien

visible, apparaissant de grande taille, soit 24 % du total. Il convient de noter qu'en dehors de cette taille importante, l'organe était dans la grande majorité des cas toujours normal, bien lisse, de couleur gris bleutée, présentant cependant parfois, en particulier chez les sujets ayant de l'ascite, des plaques blanchâtres de péricholécystite. Nous n'avons pas été frappé, par une accentuation particulière, de la circulation sanguine à la surface du cholécyste.

II - LE LIGAMENT ROND :

L'aspect de cet organe n'a été précisé que chez 80 de nos malades, car dans les premières observations, l'observateur ne lui attachait pas une grande importance. Chez 40 de nos malades (soit 50 %) le ligament rond fut retrouvé congestionné, ceci étant caractérisé par une augmentation considérable des petits vaisseaux sanguins, à la surface du ligament rond. Ces vaisseaux paraissent à la fois très turgescents et plus nombreux que ceux que nous avons l'habitude de rencontrer, au cours des péritonéoscopies faites pour d'autres affections que des cirrhoses hépatiques. Les questions d'épaisseur du ligament rond, les variations de forme de cet organe, revêtant une importance accessoire.

III - LA RATE :

L'exploration de cet organe au cours de la péritonéoscopie, nous a confirmé l'idée que nous avons déjà cliniquement depuis longtemps : une splénomégalie n'est que très rarement visible au cours des cirrhoses alcooliques. Cette hypertrophie est certainement plus fréquente au cours des rares cirrhoses

non éthyliques (post hépatitique par exemple) (1)

Seules se voient ou se perçoivent au cours de l'endoscopie, les rates nettement augmentées de volume. Sur l'ensemble de nos 170 observations nous retrouvons seulement 8 cas où la rate fut notée comme présente. Dans cinq cas seulement l'organe était nettement visible, la surface du parenchyme splénique apparaissant avec sa surface rouge violacée caractéristique; le bord antérieur crénelé de l'organe pouvant se distinguer plus ou moins nettement.

Voici, en résumé, quelques observations :

Mme P..... Marcelle - 43 ans - entre dans notre service pour état cirrhotique, et hémorragique. La péritonéoscopie montra " deux lobes hépatiques cirrhotiques, typiques avec une splénomégalie en partie habillée par les épiploons, de couleur rouge violacée."

Mr. V..... Antoine - 54 ans - entre dans notre service pour une hépatomégalie. Pas d'éthylisme. Dans ses antécédents on note une fièvre de Malte il y a douze ans. Formule sanguine normale à part une légère anisocytose, quelques hématies

(1) Parmi nos 155 malades ayant une cirrhose d'origine éthylique 6 seulement avaient une splénomégalie aperçue à l'endoscopie, chez les 15 cirrhotiques non éthyliques, 2 avaient une splénomégalie aperçue à l'endoscopie.

polychromatophyles et une myélocyte. A la péritonéoscopie on a aperçu " le pôle inférieur de la rate, de couleur rouge violacée s'accompagnant de deux ou trois petites tâches blanchâtres en surface de l'organe."

Mr. A..... Joseph - 66 ans - atteint de métastases ganglionnaires à point de départ indéterminé, avec cirrhose hépatique éthylique. A la péritonéoscopie on a la surprise de découvrir " une splénomégalie considérable, de forme conservée. Pérисplénite importante du pôle inférieur, paraissant dessiner un léger ravinement de ce pôle. A la partie extérieure du pôle inférieur, on voit une tache blanche crèmeuse, non saillante, à contour anguleux et qui peut faire soulever l'hypothèse d'un infarctus intrasplénique."

Chez les trois derniers malades, la péritonéoscopie confirma la présence de la splénomégalie en relevant une rate saillante fortement dans l'hypochondre droit. Par contre, l'organe était complètement emmaillotté par des replis péritonéaux, qui empêchaient totalement de voir sa surface.

IV - LE PERITOINE :

Chez 60 de nos malades, soit 35,3 % des cas, une ascite fut trouvée dans le péritoine.

Dans la plupart de ces observations, il s'agissait d'ailleurs d'ascite modérée, ne gênant que fort peu la visibilité des organes. Ceci résulte en réalité du fait que lorsque nous recevons des malades présentant une ascite considérable, nous ne pratiquons l'endoscopie qu'après mis en train d'un traitement diurétique (Spironolactone, Corticoïdes etc...) ce traitement étant prolongé le temps voulu pour que l'ascite soit rendue

cliniquement peu importante. Ceci fausse donc un peu le chiffre que nous venons de présenter, alors qu'au début de nos examens nous avons péritonéoscopé certains malades après évacuation d'une volumineuse ascite sur la table même d'endoscopie.

Par ailleurs une seule fois nous avons noté un aspect inflammatoire des surfaces péritonéales sans lésion tuberculeuse, chez un homme de 59 ans, qui présentait une cirrhose hépatique typique.

Jamais nous avons eu l'occasion de tomber sur des lésions tuberculeuses péritonéales typiques au cours de nos endoscopies faites pour cirrhose hépatique.

CHAPITRE VI

L'intérêt dans le domaine étiologique nous a paru beaucoup plus minime. En effet notre statistique paraît nous avoir démontré qu'aucune des étiologies autre que l'alcoolisme ne donnait d'une façon constante des aspects différents de ceux observés dans les cirrhoses alcooliques. Il faut signaler d'ailleurs que le nombre vraiment minime des scléroses non éthyliques rencontrées, ne permet pas de conclusions précises sur ce point.

L'intérêt au point de vue pronostic paraît également difficile à préciser. L'indocilité de beaucoup de cirrhotiques qui les incite à ne pas revenir se montrer à la consultation, rend l'établissement de ces déductions pronostiques très difficile. Nous n'avons pas pu établir en général, des règles précises, concernant la durée de l'évolution, par rapport aux aspects rencontrés. Dans cet ordre d'idées, deux points nous paraissent cependant valables :

- d'une part : la constatation chez certains sujets d'aspect floride, d'une sclérose macroscopiquement importante, doit faire faire des réserves considérables pour l'avenir et inciter de toute façon à conseiller des précautions sévères au point de vue régime alimentaire. Chez de tels malades d'ailleurs, il est impossible de dire quelle sera la durée de l'évolution quant à l'apparition de la grande insuffisance hépatique.

- d'autre part, l'aspect d'atrophie importante que nous avons désigné sous le terme de "foie galette" nous a paru revêtir dans la grande majorité des cas un pronostic très sévère à brève échéance (ne dépassant pas un an en général). Cependant nous avons eu l'occasion de constater des exceptions à cette règle et de trouver vivants, trois ans plus tard, des malades qui avaient présenté cet aspect hépatique très péjoratif. Enfin l'existence

exceptionnellement constatée de nodules de régénération comporte inversement un pronostic beaucoup plus favorable.

La constatation d'une dégénérescence cancéreuse sur sclérose revêt une importance considérable; mais notre expérience personnelle nous fait considérer ce fait comme une éventualité rare (nous ne l'avons jamais relevé chez les 170 malades de cette statistique.)

C O N C L U S I O N S.

Ce travail repose sur 170 cas de cirrheses hépatiques péritonéoscopées au Centre Hospitalier de St-Etienne. Voici nos conclusions :

1 - La péritonéoscopie par sa facilité d'exécution et son innocuité est devenue un examen de pratique journalière en pathologie abdominale.

2 - En raison de la visibilité particulièrement importante qu'elle permet d'avoir de la glande hépatique elle revêt une importance particulière pour les affections de cet organe. Les cirrheses du fait de leur importance y occupent une place de choix.

3 - Parmi nos 170 observations étudiées dans ce travail, les cirrheses alcooliques constituent l'immense majorité des cas 91,18 %.

4 - La péritonéoscopie permet de préciser la taille du foie, la couleur de sa surface et enfin sa consistance. Elle révèle en outre l'importance plus ou moins considérable des irrégularités existantes à la surface de la glande hépatique.

5 - En donnant l'occasion, de pouvoir observer l'aspect macroscopique du foie à des périodes d'évolution autre que terminales, la péritonéoscopie met en lumière, la fréquence relative de certains points considérés antérieurement comme des constatations exceptionnelles. Telle en particulier la mise en évidence de différences notables dans la profondeur de l'atteinte des différents lobes hépatiques (23,5 % des cas.)

6 - Cet examen a permis de mettre en évidence, certains aspects antérieurement peu connus, tels l'augmentation de

la circulation sanguine au niveau du ligament rond; de même la possibilité de l'existence de petits kystes ou de formations d'allure adénomateuse à la surface du foie cirrhotique.

7 - La péritonéoscopie revêt au point de vue pratique un intérêt considérable pour l'établissement du diagnostic, un intérêt plus limité au point de vue pronostic et surtout au point de vue étiologie de la cirrhose.

8 - En pratique nous pouvons donc conclure, que la péritonéoscopie est un moyen remarquable par sa simplicité, et par les services qu'elle peut nous rendre dans l'investigation des cirrhoses hépatiques.

VU, le Doyen :
J.F. CIER

Le Président de Thèse :
Pr. LEVRAT

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 18 Mai 1965

Le Recteur, Président du
Conseil de l'Université :
P.LOUIS

B I B L I O G R A P H I E

1 - CAROLI J. , RICORDEAU P. , FOURES A. :

La laparoscopie simple et combinée; son importance dans le diagnostic des maladies hépato-biliaires. Sem. des Hôp. de Paris, 26 avril 1954, 30, p.p 1671-1691.

2 - CAROLI J.

La valeur diagnostique de la laparoscopie dans les affections hépato-biliaires. Maroc méd. N°347, avril 1954, p.p 313 - 316.

3 - CAROLI J.

La laparopertographie en couleur par l'endographe du Dr. Fourès. Revue méd. chir. des maladies du Foie, 1955, n°3, Tome XXXI, p.15.

4 - CAROLI J.

Premiers accidents graves de la laparoscopie (hémorragie interne cataclysmique) au cours d'une cirrhose de Cruveilhier - Baumgarten. Revue méd. chir. mal. du foie et de la rate, 32e année, mars 1957, n°1, p.41.

5 - GIRARD M. , COULOT M. ,

Lyon méd. 1, mai 1956, n°20. Premiers résultats d'examen laparoscopiques en pathologie hépato-vésiculaire. - Lyon méd. Janvier 1958, n°913. Valeur diagnostique de la laparoscopie en pathologie digestive.

6 - HALLACQ A.

Intérêt diagnostique de la laparoscopie dans les cirrhoses du foie. Thèse 1959. Lyon.

7 - Lapère F.

La laparoscopie. Acta chirurgica belgica. n°55, déc. 56, p.p 851 - 888.

8 - LE PLEUX Y.

A propos de 320 péritonéoscopies. Thèse 1960 PARIS. p.p 12 - 20.

9 - MORIN J.

Intérêt de la laparoscopie en pathologie abdominale.
Journal méd. Bordeaux n°4. 1958.

10 - PERGOLA F. , DEBRAY CH.

La laparoscopie.
Entretiens de Bichat 1949.

TABLE DES MATIERES

	page
CHAPITRE I - INTRODUCTION	2
CHAPITRE II - LES CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES LA PERITONEOSCOPIE A ETE PRATIQUEE	5
CHAPITRE III - CONDITIONS ETIOLOGIQUES	18
CHAPITRE IV - LES DIFFERENTS ASPECTS HEPATIQUES CONSTATES AU COURS DE LA PERITONEOSCOPIE	25
CHAPITRE V - LES ASPECTS DES AUTRES ORGANES EXPLORABLES	46
CHAPITRE VI - LES DEDUCTIONS PRATIQUES QUE L'ON PEUT TIRER DES CONSTATATIONS ENDOSCOPIQUES AU COURS DES CIRRHOSES	52
CONCLUSIONS	55
BIBLIOGRAPHIE	58

